

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

154

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CHAPEYROU (Roland-Jacques)

Né le 28 Novembre 1914, à Cauderan (Gironde)

TRAITEMENT DES NÉPHRITES AIGÜES DE L'ENFANT PAR LE RÉGIME SEC

Président de Thèse : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CHAPEYROU (Roland-Jacques)

Né le 28 Novembre 1914, à Cauderan (Gironde)

TRAITEMENT DES NÉPHRITES AIGÜES DE L'ENFANT PAR LE RÉGIME SEC

Président de Thèse : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

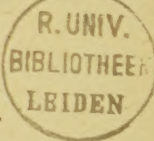
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
	LEREBOUTLET.
	NOBECOURT.
	LAINEL-LAVASTINE
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des ma-	LEMIERRE.
ladies de l'encéphale	CUNEO
Clinique des maladies cutanées et syphi-	GOSSET
litiques	GREGOIRE
Clinique des maladies du système nerveux	LENCRMANT.
Clinique des maladies infectieuses	VELTER.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique ophtalmologique	JEANNIN.
Clinique urologique	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique d'accouchements	OMBREDANNE.
Clinique gynécologique	HARVIER.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	LEMAITRE.
pédie	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique médicale	M. VILLARET.
Clinique oto-rhino-laryngologique	TROISIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique propédeutique	LAUBRY.
Clinique de la Tuberculose	CLOVIS VINCENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	N...
dulte	
Clinique cardiologique	HAZARD.
Clinique de neuro-chirurgie	MULON.
Assistance Médico-Sociale	OLIVIER.
	SANNE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNAUD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie BOULANGER.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.

MM.

Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GUY.
 Parasitologie LAVIEU.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAITRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEDE.
 Pharmacologie MME J. LEVY.
 Pathologie chirurgicale .. MENEGAU.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT UTAM.
 Médecine légale..... PIÉDELÈVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOT H.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. PASTEUR-VALLERY- RADOT. SEZARY.	} Clinique médicale	BASSET. BROCC. CADENAT. GATELLIER. MOURE. QUENU. VELTER.	} Clinique chirurgicale
MM. ECALLE METZGER	} Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

En témoignage de ma tendresse filiale, de ma gratitude émue pour ce que je dois en tout à son inépuisable dévouement.

A MON PERE

Médecin Colonel des Troupes Coloniales

*En témoignage de ma grande
affection.*

A MADAME EMILE CHAPEYROU

*En témoignage pour l'effec-
tueuse bonté qu'elle m'a tou-
jours manifestée.*

A MA SŒUR ET MES FRÈRES

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A LA MARQUISE DE MONTBOISNER CANILLAC

En témoignage de ma respectueuse affection.

A MONSIEUR L'ABBÉ JAOUIN .

En reconnaissance pour sa grande bonté.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

Professeur de clinique des Maladies des enfants.

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ JACQUELIN

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL THALHEIMER

INTRODUCTION

Au moment où la guerre éclata, nous préparions une étude générale sur le traitement des néphrites aiguës de l'enfance, étude que les circonstances nous ont contraint à abandonner.

Cependant, nous avons voulu dans les pages qui vont suivre, synthétiser l'essentiel de cette étude, et rapporter en particulier les conceptions modernes sur le traitement des néphrites aiguës de l'enfance par le régime sec.

Nous nous excusons de ne pas être entré dans le détail des conceptions étio-pathogéniques qui ont amené les auteurs à une thérapeutique qui semble en opposition avec les données classiques. Mais nous avons voulu nous borner après un exposé d'ensemble de la question, à montrer les cas où le régime sec est favorable et à en tirer des enseignements pratiques.

RAPPEL DES DONNEES CLASSIQUES

Dans l'étiologie des néphrites on relève avant tout le rôle capital de l'infection : Infections aiguës propres à l'enfance : scarlatine, diphtérie au premier plan, puis d'une façon moins fréquente les oreillons, la varicelle, plus rarement la rougeole. Parmi les causes infectieuses moins fréquentes, citons : les infections du tube digestif, le purpura rhumatoïde.

La pneumonie, la fièvre typhoïde, la grippe, les rhumatismes, les méningococcémies, les spirochètoses icterigènes jouent un rôle plus effacé chez l'enfant que chez l'adulte.

Parmi les infections chroniques : syphilis et tuberculose jouent un rôle dans l'étiologie de la néphrite.

Dans un deuxième groupe, on place les néphrites dont la cause est une intoxication.

soit exogène : peu fréquente,

soit auto-intoxication : goutte, maladie de Barlow, mais ce sont là des faits rares.

Certaines néphrites ne relèvent pas des causes précédentes, elles sont dites néphrites primitives.

Il faudra alors rechercher une poussée éventuelle

de néphrite antérieure, une infection chronique du cavum, dont le rôle est aujourd'hui bien connu.

Il ne faudra pas laisser de côté une hérédosyphilis éventuelle. Enfin on sera parfois appelé à conclure à la probabilité d'une néphrite a frigore, souvent conditionnée par une débilité rénale congénitale souvent héréditaire ou familiale.

Pathogénie de la néphrite : classiquement les néphrites sont dues à l'action directe, sur le rein, des microbes ou de leurs toxines lorsqu'il s'agit des néphrites infectieuses, ou, en cas de néphrite toxique, à celle d'un poison exogène ou endogène. Cette pathogénie est purement rénale.

Anatomie pathologique.

Nous rappellerons :

L'état granuleux des cellules tubulaires, considéré comme l'indice d'altérations purement fonctionnelles et transitoires, avec dégénérescence graisseuse à un stade plus avancé.

L'infiltration des cellules lymphatiques autour de la capsule de Bowmann.

Ces images étant tout à fait éphémères.

A un degré de plus, on constate l'intensité des lésions portant sur les tubes contournés et sur les glomérules ; ces derniers sont congestionnés puis s'infiltrent de leucocytes, en même temps que leur endothélium prolifère.

Lorsque les phénomènes sont plus accentués, il y a

atteinte simultanée des tubes, des glomérules et du tissu interstitiel ; on perçoit des cylindres dans les tubes, la cavité des glomérules est remplie d'un exsudat fibrineux avec prolifération conjonctive et épithéliale.

RAPPEL CLINIQUE.

Prenons pour type de description la néphrite scarlatineuse.

On distingue classiquement :

1° — La néphrite aiguë passagère

2° — La néphrite aiguë

3° — La néphrite suraiguë.

La néphrite aiguë passagère.

C'est une forme bénigne évoluant vers la guérison. Elle se caractérise par la présence d'albumine dans les urines à l'exclusion de tout autre signe d'imperméabilité rénale. Selon la date d'apparition de ce signe, on distingue :

L'albuminurie précoce

L'albuminurie tardive.

L'albuminurie précoce.

Elle est fréquente. Les urines ont l'apparence et le volume des urines fébriles. Elles contiennent peu d'albumine ; on y trouve : des polynucléaires, des cylindres hyalins et granuleux, des globules rouges. Mais il n'y a pas d'hématurie vraie.

Il n'y a pas de modification de l'urée et des chlorures. La durée et l'importance de cette albuminurie sont en rapport avec la gravité de la scarlatine.

L'albuminurie tardive.

Variable avec les épidémies et l'âge des enfants, elle n'est pas un signe de gravité, elle est souvent due à une imprudence, à un écart de régime. Elle apparaît surtout à partir de la deuxième ou troisième semaine, jamais après la sixième semaine.

La quantité d'albumine est de 1 à 2 grammes. On note de la cylindrurie, de petites hématuries.

L'urée et les chlorures sont normaux.

Parfois, il y a coexistence de petits signes de néphrite : œdèmes légers, épistaxis, céphalée, vomissements, diarrhée, douleurs lombaires. La guérison est la règle au bout de quelques semaines.

La néphrite aiguë.

Son apparition se place entre la fin de la première semaine après l'éruption et la troisième semaine. Souvent provoquée par une imprudence, un écart de régime, parfois à la suite d'une scarlatine méconnue, ou encore au cours d'une scarlatine maligne d'emblée. Elle peut survenir chez le sujet convalescent, faisant partie du syndrome infectieux secondaire de la scarlatine.

Toutefois l'albuminurie est noyée dans un cortège d'accidents infectieux graves, sans que le tableau de néphrite aiguë se trouve réalisé.

Le début est variable.

Tantôt brusque, par un anasarque généralisé, ou un œdème localisé : œdème de la glotte, œdème aigu du poumon, convulsions ; parfois, signe d'une néphrite aiguë brusque :

douleurs lombaires avec frissons, fièvre élevée accompagnant un syndrome urinaire caractérisé. Mais le plus souvent le début est insidieux.

A la période d'état, le syndrome urinaire est au complet; les urines sont rares, foncées, bouillon sale avec hématurie fréquente, une albuminurie de 5 à 15 grammes. Il y a un sédiment abondant avec présence de nombreux polynucléaires, d'hématies, de cylindre surtout granuleux. La perméabilité rénale est fortement diminuée au bleu de méthylène ou à la phénol sulfone phtaléïne.

Cliniquement les œdèmes sont le signe prédominant. Parfois discret, on les recherche aux lieux d'élection : paupières, scrotum, dos du pied, souvent il y a anasarque généralisé avec épanchement séreux dans les plèvres, le péritoine, le péricarde ; parfois il y a des accidents aigus : œdème de la glotte, œdème aigu du poumon. Des troubles nerveux dus à la rétention chlorurée coexistent. Maux de têtes intenses, obnubilation intellectuelle, trouble de la vue pouvant aller jusqu'à l'amaurose complète, éclampsie, troubles d'allure dramatique mais évoluant vers la guérison.

Des troubles cardiaques se traduisant par arythmie et bruit de galop ont été observés à cette période.

Ils ont permis d'individualiser une forme cardiaque de la néphrite aiguë (Hutinel et Nobécourt).

L'hypertension artérielle est fréquente.

Les signes généraux et notamment la fièvre persistent pendant une partie de l'évolution de ces accidents. Sous l'influence du régime, avant tout, les œdèmes décroissent et le volume des urines augmente, avec parfois l'existence d'une crise urinaire.

L'évolution se fait lentement vers la guérison, définitive dans la règle.

Parfois cependant il y a persistance d'une fragilité rénale.

A ces risques de néphrite chlorurémique peuvent s'ajouter des phénomènes nerveux dus à la rétention azotée : somnolence, torpeur, épistaxis ; troubles digestifs : anorexie, vomissements alimentaires puis bilieux ; plus rarement grands symptômes urémiques : troubles visuels, délire, convulsions localisées ou généralisées pouvant aboutir à l'urémie convulsive avec respiration de Cheyne-Stockes, myosis, hypo ou hyperthermie.

Evolution vers le coma dans les cas graves mais la guérison reste fréquente : 2/3 des cas.

Ces accidents azotémiques s'observent particulièrement dans les formes à rechute.

On observe souvent des signes circulatoires : pression artérielle augmentée, dilatation des cavités droites du cœur.

La guérison est lente ; une fragilité rénale indélébile subsiste.

La néphrite suraiguë.

Elle est conditionnée par l'anurie et les accidents toxiques qui en découlent. L'anurie scarlatineuse se manifeste le plus souvent d'emblée, soit au début en pleine éruption, soit à la convalescence ; elle peut être enfin l'aboutissant des autres formes de néphrite. L'anurie est complète ou relative : 200 à 300 grs d'urines albumineuses. Elle peut être le seul symptôme, pendant 2 ou 3 jours, mais elle est souvent accompagnée de troubles de la vision; de troubles digestifs puis coma après quelques tressaillements musculaires, mort en un ou deux jours.

Parfois cependant la guérison est observée.

FORMES CLINIQUES.

On distingue d'après l'infection en cause :

La néphrite de la diphtérie presque constante se traduisant par une albuminurie.

On observe une néphrite typique accompagnant souvent le syndrome secondaire de Marfan.

Elle se caractérise par une albuminurie forte, une azotémie élevée. Les infections de la bouche et du naso-pharynx donnent des néphrites récidivantes.

Citons encore les néphrites ourlienne, varicelleuse, celles des dermatoses infectées, celles des états hémorragiques, plus rarement enfin les néphrites des maladies communes à l'adulte et à l'enfant. Nous citerons rapidement d'après les symptômes prédomi-

nants : les formes hydropigène, urémigène, anurique, cardiaque éclamptique, méningitique, hématurique.

PRONOSTIC.

Les formes suraiguës sont rapidement mortelles.

Les formes convulsives guérissent.

Les formes œdémateuses, également, mais ont un pronostic éloigné plus réservé en raison de l'évolution possible dans la néphrite chronique ou la débilité rénale.

Telles sont les données classiques.

Pour Debré et son école il faut distinguer cliniquement :

1° La néphrite aiguë diffuse hypertensive ou vasculaire. Ce titre met bien en évidence un signe capital à rechercher systématiquement chez l'enfant comme on le fait chez l'adulte : l'hypertension artérielle.

De ce signe on rapprochera des signes cutanés. La pâleur des téguments, le purpura sous formes de pétéchies ou d'ecchymoses : formes purpuriques des néphrites décrites par Nobécourt.

Puis on recherchera les signes habituels :

L'œdème : de la face, des malléoles, de la face interne des cuisses.

Le syndrome urinaire : urines sanglantes ou bouillon sale, albumine en quantité modérée; au point de vue cytologique : des globules rouges nombreux, des leucocytes, des cylindres hématiques ou granuleux.

Le syndrome urinaire est souvent d'apparition tardive, d'où l'intérêt de faire un diagnostic clinique précoce.

Au cours de la néphrite aiguë diffuse hypertensive, peuvent survenir des manifestations paroxystiques : crises convulsives, œdème aigu du poumon, anurie, qui sont parfois le premier signe de néphrite. L'éclampsie néphrétique survient par crise, se répétant brutalement pendant 24 à 48 heures. L'œdème aigu du poumon est dû à une défaillance du cœur gauche en relation avec l'hypertension artérielle aiguë de la maladie néphrétique.

Tantôt l'œdème aigu est isolé ; tantôt il s'accompagne d'un gros foie.

L'anurie enfin.

La néphrite aiguë diffuse hypertensive se caractérise par :

Hypertension, œdèmes, hématurie et albuminurie. Ces signes sont accompagnés de modifications humorales : azotémie : l'urée sanguine monte à 0 gr. 75 et 1 gr. ; 1 gr. 50 parfois ; l'acide urique sérique est seule anormalement élevée : au-dessus de 40 mgr.

Pathogénie de cette affection.

Debré adopte les idées de Volhard : il se produirait un spasme généralisé des petits vaisseaux du corps : artérioles, précapillaires, veinules.

De là découleraient :

L'hypertension artérielle donnant la défaillance

aiguë du cœur gauche, la pâleur, les raptus purpuriques (formes purpuriques des néphrites décrites par Nobécourt) en rapport avec le spasme des vaisseaux cutanés.

L'éclampsie néphrétique.

Les troubles rénaux enfin : anurie, albuminurie, hématurie.

D'après cette pathogénie, le rôle des phénomènes vasculaires est essentiel.

La maladie est alors fonctionnelle pendant plusieurs jours, si bien qu'on peut espérer par traitement rationnel guérir ce trouble et empêcher la lésion rénale de se constituer.

La deuxième forme décrite par Debré est la néphrite parcellaire hématurique se caractérisant par :
une hématurie persistante récidivante ;

les œdèmes parfois, mais une tension artérielle normale, un pouvoir concentrateur éliminateur du rein normaux.

PRINCIPES DU TRAITEMENT

La description précédente qui simplifie les vues cliniques classiques sur les néphrites aiguës de l'enfant permet également d'instituer un traitement approprié.

But du traitement : il tendra à obtenir le plus rapidement possible l'équilibre tensionnel normal. Les troubles restent à l'état fonctionnel et on peut espé-

rer une guérison rapide et définitive de la néphrite aiguë diffuse.

Ce traitement ayant pour but de traiter la cause générale de la néphrite : le trouble vasculaire, est bien différent et en opposition avec le traitement classique qui ne considérerait que le trouble rénal.

Principes de ce traitement :

1^o On ne donnera pas de médicaments chimiques, qui sont tous inactifs ;

2^o On fera une saignée si la pression artérielle est trop élevée avec une dyspnée marquée ;

3^o Le traitement sera avant tout hygiéno-diététique, repos au lit.

Tenir le malade au chaud.

Mettre le malade à un régime sans liquide.

Ce régime devra être :

déchloruré afin d'éviter des œdèmes ;

déprotéiné pour éviter la formation des produits de déchets azotés ;

enfin, il devra être sec ; l'eau est sécrétée, et non filtrée par le rein, une grande quantité de liquide fatigue le rein, favorise l'œdème et l'hypertension, d'où spasme glomérulaire s'aggravant.

On proscrira donc l'ancien régime lacté intégral :

En effet, ce régime est chloruré : 1 gr. 50 de sel par litre : d'où formation d'œdème.

Il est riche en protéines : d'où augmentation de l'urée sanguine.

Il est riche en eau : d'où augmentation de la pres-

sion artérielle aggravant la néphrite et augmentant le travail d'élimination du rein.

Le régime déchloruré et hypoazoté de Widal ne sera pas non plus appliqué : il comporte en effet de grandes quantités de liquide : 0 l. 800 à 1 l. 500, sous forme d'eau ou non lactosée ou glucosée.

On prescrira le régime sec.

COMPOSITION DU RÉGIME SEC

Diète absolue pendant 48 heures s'il existe une hypertension élevée, des œdèmes abondants, des accidents éclamptiques ; diète moins absolue dans les autres cas.

Dès le troisième jour ou d'emblée dans les formes légères, le régime sec sera appliqué.

Il est composé de riz cuit à l'eau, sucrée, de compote de pommes et de banane, 100 gr. de chaque vers 3 ou 4 ans, 200 gr. à 10 ans.

Avantage du régime sec :

Le régime est réduit ;

il n'est composé que d'hydrates de carbone ;

il est déchloruré ;

il est déprotéiné ;

il est sec : pas de boisson ; le rein est mis au repos, la fonction d'élimination de l'eau dans la néphrite est la première touchée. L'eau de rétention des œdèmes, l'eau de constitution des aliments sont suffisantes pour assurer l'élimination des déchets.

Objections :

Elles sont au nombre de deux :

Faible volume de la diurèse, d'où élimination difficile des substances retenues dans l'organisme.

A ce point de vue, il n'y a aucun risque pour le chlorure de sodium, puisque ce sel n'est éliminé qu'avec l'eau des œdèmes.

Pour les autres substances, il n'y a aucun risque, car le pouvoir de concentration du rein n'est pas touché dans les néphrites infectieuses aiguës, contrairement aux néphrites toxiques.

On voit en effet l'azotémie s'abaisser jusqu'à un taux normal ; il n'y a jamais d'aggravation, jamais de parotidite : l'hygiène de la bouche suffit.

Deuxième objection :

La sévérité de la restriction est mal supportée par les petits malades.

Certains malades réclament à boire, mais sans insister et leur sensation de soif s'atténue rapidement.

Cependant une soif vive peut se produire dans deux conditions :

a) fièvre accompagnant la néphrite aiguë, on donnera à boire à l'enfant autant qu'il le désirera. De même pendant les fortes chaleurs, la déperdition par perspiration cutanée et pulmonaire étant considérable, on donnera à boire 100 à 200 cc. d'eau sucrée ;

b) ancienneté de la néphrite dont le début n'a pas été remarquée ; il y a polyurie compensatrice du pouvoir concentrateur du rein qui est diminué : ce cas encore constitue une contre-indication.

RÉSULTATS

Evolution de la néphrite.

L'évolution favorable se dessine rapidement, les œdèmes se résorbent par diurèse qui ne dépasse pas 500 cc. et élimination des chlorures, l'hypertension diminue.

Combien de temps doit durer ce régime ?

1° Jusqu'à disparition des œdèmes ;

2° Jusqu'à retour de la pression artérielle à la normale ; maxima entre 12 et 9, minima entre 7 et 5 suivant l'âge.

La disparition de l'hypertension demande 8 à 10 jours. Le régime sec est maintenu 10 à 15 jours afin que la totalité des œdèmes superficiels et profonds disparaisse. L'urée sanguine et l'acide urique sanguin baissent.

Peu à peu le régime est élargi, on augmente la ration des féculents.

Adjonction vers le 10^e ou 15^e jour d'eau ou de tilleul 100 à 200 cc. suivant l'âge ; à doubler 15 jours plus tard.

On introduit progressivement dans le régime des albumines végétales : pâtes, pain ;

puis animales : blanc d'œuf cuit, Yaourt, puis poisson et viande enfin ;

les graisses (beurre, jaune d'œuf) seront autorisées plus tôt.

En dernier lieu le chlorure de sodium sera adjoint à la ration alimentaire.

Au bout de 5 à 6 semaines, l'enfant pourra recevoir un régime entièrement normal.

Pendant le traitement, une chute de poids correspondant à la totalité des œdèmes apparents et profonds est à constater. Au moment du retour à l'alimentation, le poids reste stationnaire quelques jours pour reprendre une lente ascension.

Si l'enfant a moins de 2 ans :

réduire l'apport aqueux et chloruré,
pas de régime hydrocarbonique exclusif.

On donnera volontiers des bouillies maltées.

Le traitement médicamenteux a un rôle minime ; la plupart des drogues ont une action réduite et certaines ont un pouvoir irritant sur le rein.

Le régime sec aura encore son application dans le traitement des complications telles que :

l'anarsarque,

l'éclampsie et l'hypertension.

Si, après huit jours de régime sec, la tension reste au-dessus de la normale, augmentation portant soit sur la maxima et la minima, soit sur la minima seule, on fera l'épreuve de dilution et concentration des urines au « Choc à l'eau » de Volhard.

On répètera une à plusieurs fois, à cinq jours d'intervalle, cette épreuve du choc à l'eau, si la tension artérielle n'est pas redevenue normale dès la première épreuve.

Si, après 6 semaines de soins et de régime, la tension demeure anormale, il faut craindre une évolution ultérieure vers la néphrite chronique.

La néphrite hématurique simple :

Elle bénéficiera d'un régime moins sévère :

Régime demi-sec pendant quelques jours, puis régime varié après avoir vérifié la pression sanguine et l'état humoral.

Pour nous résumer, le régime sec sera institué dans les cas de néphrite aiguë avec hypertension, œdèmes, accidents paroxystiques.

Ce régime sera d'autant moins sévère que les signes précédents seront moins accentués.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.

CONCLUSIONS

I. — La thérapeutique des néphrites aiguës de l'enfance a été modifiée par l'application du régime sec de Von Noorden, Volhard.

II. — Ce régime trouve son indication sous sa forme « de faim et de soif » dans les cas d'accidents éclamptiques, d'hypertension élevée, d'œdèmes importants.

III. — Dans les formes légères, le régime sec sera institué d'une façon moins sévère.

IV. — Le régime est totalement déchloruré, déprotéiné et sec.

V. — On ne considère comme contre-indication formelle à ce régime que les cas de néphrites anciennes.

VI. — Chez l'enfant au-dessous de deux ans, le jeûne absolu ne doit pas être prescrit. On doit se borner à limiter l'apport aqueux et chloruré, en conseillant en même temps les bouillies maltosées.

VII. — Les résultats thérapeutiques d'un tel régime dont nous avons exposé les modalités, se font sentir en quelques jours, la guérison totale s'installant dans les cinq ou six semaines qui suivent l'instauration du régime.

Vu : *Le Doyen*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDRICH C. A. — Treatment of acute néphritis in children. (*J. Iowa M. Soc.*, 25 : 471-475, septembre 1935).
- CATHALA J. et BOLGERT M. — La néphrite hydropigène de l'enfance. (*La Science médicale pratique*, n° 18, 15 novembre 1932).
- DEBRÉ R., MARIE J., SERINGE Ph. — Traitement des néphrites aiguës de l'enfant (Régime sec). (*Gazette médicale de France*, 15 novembre 1937).
- FRANCONI. — Pronostic des néphrites et néphroses chez l'enfant (*Schweiz Méd. Woch.*, n° 17, 29 avril 1933, An. LXIII).
- LIEGE. — Les néphrites et néphroses de l'enfance (*Progrès Médical*, n° 21, 21 mai 1932).
- MOURIQUAND G., SAVOYE J., ROGET J. — Néphrite hypertensive chez un enfant de 10 ans avec signes cérébraux pseudo-néoplasiques. (*Lyon Méd.*, 158 : 327-331, 20 septembre 1936).
- Néphrite hypertensive chez un enfant de 10 ans avec signes cérébraux pseudo-néoplasiques. (*Pédiatrie*, n° 10, octobre 1936).
- NOBÉCOURT P. — L'éclampsie au début des néphrites aiguës chez les enfants. (*Le Progrès Médical*, n° 19,

13 mai 1933, et *Gazette des Hôpitaux*, 9 au 16 septembre 1933).

PAISSEAU G. — Néphrites de l'enfance, in. *Traité de Médecine des Enfants* de Nobécourt P. et Babonneix L., 1937.

SIGURET G. — Le régime sec dans les néphrites. *L'Hôpital*, n° 448 bis, 1938.

TALLERMANN. — Pronostic de la néphrite aiguë de l'enfance, page 60 (*The Lancet*, 9 juillet 1932. — *Presse Médicale*, n° 70, 31 août 1932).

VAUGHAN V. C. — The value and limitations of salt free diet and restrictions of fluid in nephritis. *J.A.M.A.*, 1909, t. LIII, p. 1789.

WILLIAMSON C. S. — Value and limitation of salt free diet and restriction of fluid in nephritis. *Illinois M. J. Springfield Mass.*, 1909, t. XVI, p. 506 à 515.

Monde Médical. — Mise au point, n° 265, cl. 280, 1939.
